

# AAPV Nordrhein

Mitteilung an den Koordinator der Versorgungsregion

**Bitte den ausgefüllten Dokumentationsbogen (Anlage 3a des Vertrages) mit den Patientendaten beifügen!**

Fax-Nr. der Koordinationsstelle:

<b>Patient</b> (gemäß Anlage 3a)	
Name des Patienten	
Telefonnummer des Patienten	
Telefonnummer Angehörige	
<b>QPA</b> (falls eingebunden)	
Name	
Telefonnummer	
Faxnummer	
<b>Hausarzt</b> (wenn nicht selbst als Hausarzt eingebunden)	
Name	
Telefonnummer	
Faxnummer	
<b>Pflegedienst</b>	
Name	
Telefonnummer	
Faxnummer	
Weitere wichtige Hinweise	